

Згода оплачувати медичне обслуговування
Agreement to Pay for Healthcare Services
WAC 182-502-0160 («Виставлення рахунка клієнту»)

Ця угода між «клієнтом» та «постачальником», згідно з визначеннями, наведеними нижче. Клієнт погоджується платити постачальнику за медичні послуги, за які не платитиме Управління охорони здоров'я (HCA). Цю угоду мають підписати обидві сторони. В цілях цієї Угоди, «послуги» включають, але не обмежуються, наступними: лікування, обладнання, предмети постачання та медикаменти

Клієнт – Отримувач Medicaid або іншого медичного обслуговування через HCA або організацію медичного обслуговування (MCO), яка співпрацює з HCA.

Постачальник – Заклад, агенція, компанія або особа, яка надає медичні послуги клієнтам HCA та має підписану угоду з HCA або дозвіл від MCO.

Ця Угода та WAC 182-502-0160 застосовуються до виставлення клієнту рахунка за послуги, що покриваються або не покриваються згідно з положеннями законів від WAC 182-501-0050 до WAC 182-501-0070. Постачальники не можуть виставляти рахунки будь-якому клієнту HCA (включаючи клієнтів, які обслуговуються MCO, що співпрацює з HCA) за послуги, за які HCA або MCO, що співпрацює з HCA, могли заплатити ще до того, як постачальник задовільнив всі вимоги для отримання дозволу.

Ім'я та прізвище клієнта друкowanими літерами	Ідентифікаційний номер клієнта
Ім'я та прізвище/назва постачальника друкowanими літерами	Номер постачальника

Настанови:

- Постачальник та клієнт мають повністю заповнити цей бланк **перш ніж** клієнт HCA отримає будь-які послуги, для отримання яких необхідна ця Угода.
- Ви маєте заповнити цей бланк не раніше ніж за 90 календарних днів до дати отримання послуги. Якщо послугу не надано протягом 90 календарних днів, постачальник та клієнт мають заповнити та підписати новий бланк.
- **Постачальник та клієнт мають заповнити цей бланк тільки після того, як вони вичерпають всі процеси HCA або MCO, що співпрацює з HCA, на які необхідно отримати дозвіл для надання послуг(-и). Такі процеси можуть включати процес виключення із правил (ETR) щодо послуг, які не покриваються, згідно з WAC 182-501-0160, або процес адміністративного слухання, якщо клієнт вирішить виконувати ці процеси.**
- Клієнти, які є особами з обмеженим володінням англійською мовою (LEP), повинні мати можливість розуміти цей бланк своєю основною мовою. Це може включати переклад бланку або його тлумачення. Якщо бланк розтлумачується для клієнта, перекладач також має підписати цей бланк та вказати дату. Клієнт та постачальник мають підписати перекладений бланк.

Повністю заповніть таблицю на зворотній стороні цього бланку. Якщо це буде необхідним, докладіть ще один лист паперу для додаткових послуг. Клієнт, постачальник та перекладач (якщо такий є) мають підписати кожен додатковий лист та вказати дату.

Важлива примітка від HCA:

- Ця угода стає недійсною та втрачає законну силу, якщо постачальник не відповідає вимогам цього бланку та WAC 182-502-0160, або не задовольняє умовам оплати HCA згідно з відповідним Адміністративним кодом штату Вашингтон (WAC) та Інструкціями з виставлення рахунку. Постачальник має компенсувати клієнту повну суму, виплачену клієнтом.
- Перелік послуг, вартість яких не може стягуватися з клієнта незалежно від укладеної угоди, наведено у WAC 182-502-0160(9).
- Зберігайте оригінал цієї угоди у медичній картці клієнта протягом 6 років з моменту підписання цієї угоди. Надайте клієнту копію цієї заповненої угоди із підписами та датою.
- Постачальники несуть відповідальність за надання перекладу або тлумачення цього бланку та його змісту клієнтам LEP. Переклади бланків доступні за посиланням [HCA forms and publications \(https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications\)](https://www.hca.wa.gov/billers-providers/forms-and-publications).

Особливі послуги або предмети, що надаються, та очікувана дата надання послуги	Код CPT/CDT/HCPC (код виставлення рахунку)	Сума, яку має виплатити клієнт	Причина, чому клієнт погоджується на виставлення рахунку (відмітити один пункт, що відповідає кожній послугі)	Альтернативні варіанти лікування, що покриваються, але які клієнт не обрав	Дата(-и), коли etr/nfj було запрошено/відхилено або відкладено, або попередній дозвіл (ра) було запрошено/відхилено, якщо це доречно	
			<input type="checkbox"/> Послуга, що не покривається, ETR відхилено <input type="checkbox"/> Послуга, що не покривається, ETR відкладено <input type="checkbox"/> Покривається, але було відхилено через те, що не є медично обґрунтованим <input type="checkbox"/> Покривається, але певного типу, який не оплачується <input type="checkbox"/> Призначено, приписано або направлено незареєстрованим ліцензованим медичним робітником		ETR запрошено або відкладено Відхилення ETR (докласти повідомлення HCA)	Запит РА Відхилення РА (докласти повідомлення HCA)
			<input type="checkbox"/> Послуга, що не покривається, ETR відхилено <input type="checkbox"/> Послуга, що не покривається, ETR відкладено <input type="checkbox"/> Покривається, але було відхилено через те, що не є медично обґрунтованим <input type="checkbox"/> Покривається, але певного типу, який не оплачується <input type="checkbox"/> Призначено, приписано або направлено незареєстрованим ліцензованим медичним робітником		ETR запрошено або відкладено Відхилення ETR (докласти повідомлення HCA)	Запит РА Відхилення РА (докласти повідомлення HCA)
			<input type="checkbox"/> Послуга, що не покривається, ETR відхилено <input type="checkbox"/> Послуга, що не покривається, ETR відкладено <input type="checkbox"/> Покривається, але було відхилено через те, що не є медично обґрунтованим <input type="checkbox"/> Покривається, але певного типу, який не оплачується <input type="checkbox"/> Призначено, приписано або направлено незареєстрованим ліцензованим медичним робітником		ETR запрошено або відкладено Відхилення ETR (докласти повідомлення HCA)	Запит РА Відхилення РА (докласти повідомлення HCA)

- Я розумію, що HCA або MCO, що співпрацює з HCA, не сплачуватиме за певні послуги, які запитуються за одною з наступних причин, як вказано у вищенаведеній таблиці: 1) HCA не покриває послугу(-и); 2) послугу(-и) було відхилено як ті, що не є медично обґрунтованими для мене, або 3) послуга(и) покриваються, але обраний мною тип – ні.
- Я розумію, що я можу, але не зобов'язаний(-а): 1) просити про виключення з правил (ETR) після того, як HCA або MCO, що співпрацює з HCA, відхилили мій запит на послугу, що не покривається; 2) просити про слухання щодо оскарження відмови запитаної мною послуги HCA або MCO, що співпрацює з HCA.
- Я повністю проінформований(-а) цим постачальником щодо всіх варіантів доступного медичного лікування, включаючи послуги, за які можуть сплачувати HCA або MCO, що співпрацює з HCA, але я все одно хочу отримати послуги, вказані вище.
- Я розумію, що HCA не покриває послуги, призначені, приписані або надані в результаті направлення від постачальника медичного обслуговування, який не співпрацює з HCA, як описано в Розділі 182-502 WAC.
- **Я погоджуюсь платити безпосередньо постачальнику за певні послуги, вказані вище.**
- Я розумію, що метою цього бланку є дозволити мені сплачувати та отримувати послуги, за які HCA або MCO, що співпрацює з HCA, не платитимуть. Цей постачальник відповів на всі мої запитання, чим я задоволений(-а), а також надав мені заповнену копію цього бланку.
- Я розумію, що я можу зателефонувати у HCA за номером 1-800-562-3022 та отримати додаткову інформацію щодо моїх прав або послуг, які покриваються HCA як безкоштовне або кероване медичне обслуговування.

Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО: Я розумію та погоджуюсь зі змістом цього бланку, включаючи основні тези, вказані вище.	Підпис клієнта або офіційного представника клієнта	Дата
Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО: Я дотримався(-лась) всіх обов'язків та вимог, вказаних у WAC 182-502-0160.	Підпис постачальника послуг(и)	Дата
Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО: Я переклав цей бланк точно, наскільки це можливо, для клієнта, який підписався вище.	Ім'я та прізвище перекладача друкованими літерами та підпис	Дата